



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 405 / 2015

(Sección 1ª)

La Laguna, a 6 de noviembre de 2015.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por M.O.A., R.G.O., A.G.O., por el fallecimiento de E.G.B., como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 406/2015 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por el Servicio Canario de la Salud, Organismo Autónomo de la Administración autonómica.

2. La solicitud del dictamen es preceptiva, según dispone el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), lo que determina la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Sr. Consejero de Sanidad para solicitarlo, según el art. 12.3 LCCC, en relación el primer precepto con el art. 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

3. Los interesados presentan reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por considerar que la asistencia que recibió el marido y padre de los reclamantes, respectivamente, fue inadecuada y causante de su fallecimiento el 11 de septiembre de 2012 en el Complejo Hospitalario Universitario

* Ponente: Sr. Brito González.

Insular Materno Infantil (CHUIMI), por lo que reclaman del Servicio Canario de la Salud una indemnización de 400.000 euros por los perjuicios causados.

Así, la reclamación presentada por los interesados se justifica en los siguientes motivos: retraso injustificado desde el diagnóstico realizado hasta la terapia aplicada y los medios utilizados; mala praxis en las intervenciones y medios utilizados en el paciente asistido, así como el control y vigilancia de sus postoperatorios, en la falta de información sobre su proceso patológico, antes, durante y después de las intervenciones quirúrgicas practicadas, tanto en la programada como en las realizadas de urgencia (*sic*); falta de consentimientos informados de las intervenciones y medios diagnósticos practicados al paciente y pérdida de oportunidad para poder utilizar el derecho a una segunda opinión y optar por otras soluciones diagnósticas, terapéuticas y/o centros hospitalarios disponibles.

4. En el procedimiento incoado los reclamantes ostentan la condición de interesados al ser titulares de un interés legítimo como familiares directos de la persona fallecida a consecuencia del funcionamiento incorrecto del servicio público sanitario.

Sobre la legitimación activa de los herederos del fallecido, en el reciente Dictamen 245/2015, de 6 de julio, se recoge nuestra reiterada doctrina sobre este asunto, que es plenamente aplicable al supuesto analizado. Así señalamos en el citado dictamen:

"(...) La madre y el hermano del fallecido reclaman en representación de este invocando su cualidad de herederos, a pesar de que esta condición no concurre en la madre porque de la escritura de aceptación y adjudicación de herencia, que han aportado para acreditarla, resulta que renunció pura y simplemente a la herencia de su hijo.

El art. 139.1 LRJAP-PAC confiere acción para reclamar por las lesiones sufridas en bienes y derechos, de donde se sigue que está legitimado para ejercerla quien alegue la titularidad de un bien o derecho cuyo menoscabo impute al funcionamiento de un servicio público. Según el art. 139.2 LRJAP-PAC, ese menoscabo debe consistir en un daño evaluable económicamente porque, conforme al art. 139.1 LRJAP-PAC, la finalidad de la institución de la responsabilidad extracontractual no es punitiva, sino reparadora o compensadora. La vida humana no constituye objeto de un derecho patrimonial o de cualquier otra índole cuya titularidad corresponda a terceros. Es imposible considerarla como bien o derecho perteneciente al patrimonio de otro. La

vida humana, como no tiene precio, tampoco es susceptible de evaluación económica.

La obligación de indemnizar el daño producido por la acción u omisión de un sujeto no surge del hecho causante, sino de su resultado lesivo que es el daño y que es lo que hay que resarcir. El primero sin el segundo no engendra responsabilidad patrimonial, por lo que en reclamaciones de la naturaleza de la presente esa responsabilidad surge siempre del hecho de la muerte, por lo que al extinguirse por ella la personalidad de la víctima, esta no adquiere en vida ningún derecho a ser indemnizada que, integrado en su patrimonio, transmite luego *mortis causa*. Sólo los vivos son capaces de adquirir derechos y únicamente son transmisibles por vía hereditaria los derechos que al momento del fallecimiento del causante se hallasen integrados en su patrimonio. De ahí que si en nuestro Ordenamiento se contempla un derecho a indemnización por causa de muerte (art. 113 del Código Penal en relación con los arts. 138 a 143 y 621.2 del mismo, art. 1.902 del Código Civil, apartado 1º.5 del Anexo del Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro de la Circulación de Vehículos a Motor, etc.), su titularidad no es derivativa *mortis causa* ya que, como se ha visto, no puede sucederse en algo que no ha ingresado en el patrimonio del causante sino que es un derecho que se adquiere originariamente y que, por ende, es ejercitable *ex iure proprio* por aquellos que han sido perjudicados por la muerte de la víctima.

Este perjuicio lo sufren aquellos que compartían su vida con la víctima, formando una comunidad de vida a la que pone fin esa muerte que, eventualmente, puede producir una disminución de ingresos o un desamparo económico para los supervivientes y un daño moral por la ruptura de la íntima convivencia y de los lazos de afecto, presumiéndose este daño moral en sus parientes más directos por línea recta ascendente o descendiente, prefiriéndose siempre, con exclusión de los demás, a sus más estrechos allegados que son los que convivían con la víctima y compartían con ella sus ingresos comunes o dependían de ella económicamente; estimándose que no existe perjuicio indemnizable cuando nadie ha quedado desamparado o disminuido económicamente ni se ha sufrido daño moral, porque se había abandonado en vida a la víctima o roto toda relación con ella.

En la presente reclamación, los interesados no han alegado ningún perjuicio económico que les haya irrogado el óbito de su deudo, por lo que están legitimados exclusivamente por el daño moral que la muerte de aquel les ha causado”.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Administración autonómica, como titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. La reclamación fue presentada por los interesados con fecha 7 de agosto de 2013 ante el Servicio Canario de la Salud. Por lo que no puede ser calificada de extemporánea al haberse producido el *éxitus* el día 11 de septiembre de 2012, no habiendo, por *ende*, transcurrido el plazo de un año que al efecto prevé el art. 142.5 LRJAP-PAC.

El órgano competente para instruir y proponer la Resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

6. Son aplicables al caso planteado la citada Ley 30/1992 y el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado en virtud de Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPAPRP).

II

1. De la tramitación del procedimiento destacamos las siguientes actuaciones administrativas:

El procedimiento se inició con la presentación del escrito de reclamación en fecha 7 de agosto de 2013, aunque consta en el expediente que en fecha 8 de agosto de 2013 la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud requiere de los interesados la subsanación o mejora de la solicitud presentada (art. 71 LRJAP-PAC), lo que es debidamente cumplimentado por los reclamantes.

El 20 de noviembre de 2013, se incorporan al expediente el informe emitido por el Jefe de Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria; el informe facultativo emitido por el médico especialista de Área de Neurocirugía; así

como la historia clínica del paciente integrada por, entre otros documentos, el informe clínico de alta de hospitalización, informe del Servicio de Medicina Intensiva, curso clínico y consentimientos informados firmados por el paciente. Igualmente, en fecha 11 de abril de 2014, la instrucción del procedimiento recaba del Servicio de Inspección y Prestaciones el informe preceptivo solicitado.

Tras la práctica de la prueba propuesta y admitida, el 4 de noviembre de 2014 la instrucción del procedimiento acuerda iniciar el preceptivo trámite de audiencia, siendo notificado dicho acuerdo a los interesados sin que hayan presentado escrito de alegación alguno al respecto.

El borrador de la Propuesta de Resolución fue informado por la Asesoría Jurídica departamental, siendo este preceptivo y previo a la emisión de la Propuesta de Resolución, conforme al art. 20.j) del Decreto 19/1992. En dicho informe, además de confirmar el sentido desestimatorio de la Propuesta de Resolución antedicha, añade que los reclamantes no están legitimados para reclamar las consecuencias físicas ocasionadas a la víctima fallecida, sino en todo caso para reclamar por los daños morales ocasionados por el fallecimiento de un ser querido.

Por último, el 28 de septiembre de 2015 es emitida la Propuesta de Resolución que aquí se analiza, de sentido desestimatorio.

2. De lo anteriormente expuesto cabe concluir que la tramitación procedimental se ha desarrollado de una forma correcta, pues obran en el expediente el cumplimiento de todos los trámites preceptivos de acuerdo con la normativa aplicable a los procedimientos de responsabilidad patrimonial, en este caso, en el ámbito sanitario, por lo que nada obsta para emitir de un dictamen de fondo.

No obstante, se ha incumplido ampliamente el plazo de seis meses que para su resolución establece el art. 13.3 RPAPRP. Sin embargo, la demora aducida no impide resolver el procedimiento, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, con los efectos administrativos y económicos que procedan [arts. 42.1, 43.3.b) y 141.3 LRJAP-PAC].

III

1. Para entrar en el fondo del asunto, debemos remitirnos a lo señalado en los múltiples informes obrantes en el expediente.

De todos ellos destacamos el informe del Jefe de Servicio de Neurocirugía, de 15 de octubre de 2013, que da respuesta a los motivos alegados por los reclamantes. Así, se indica en el mismo:

“(…) Hechos dañosos supuestos y respuesta que se emite basándome en la historia clínica y datos recogidos de todo el proceso desde su ingreso en el Servicio de Neurocirugía hasta su *exitus*:

1.- Retraso injustificado desde el diagnóstico (...): el paciente ingresó de urgencias en el Servicio de Neurocirugía el día 28/07/12 tras presentar cefalea, diplopia y desorientación, motivo por el que se le hizo TAC cerebral que mostró un tumor cerebral que precisaba tratamiento quirúrgico.

(NOTA: cuando dice que se realizó TAC el 27/06/12, se supone que quiere decir 27/07/12 que es cuando viene a Urgencias).

Se realizaron las pruebas complementarias habituales en este tipo de patología, así como las interconsultas a las distintas especialidades que participan en el diagnóstico preoperatorio y se instauró tratamiento farmacológico pre y postoperatorio.

Se tardó 20 días en todo ello, sin que se agravara el cuadro clínico, ni el estado neurológico, por lo que el periodo de tiempo empleado en su estudio preoperatorio no afectó a la vida del paciente.

Los medios utilizados en el quirófano de Neurocirugía son los habituales que se utilizan en todos los Servicios de Neurocirugía.

2.- Mala praxis en las intervenciones (...): el protocolo quirúrgico muestra el adecuado manejo de los diversos instrumentos en la excisión microquirúrgica del tumor y no existe falta de diligencia pues el paciente permaneció monitorizado en la Unidad de Reanimación todo el tiempo, con órdenes médicas de cuidados, controles generales y neurológicos casi continuos y órdenes de tratamiento cambiantes a medida que el paciente lo precisaba, según los cambios clínicos que se objetivaban. Todo ello se adjunta en las notas de la historia clínica fotocopiada del Drago, y que son fácilmente legibles.

3.- Falta de información sobre su proceso patológico (...): se puede ver, en la historia clínica, la frecuente información dada verbalmente por los facultativos de Neurocirugía a la familia y paciente tanto por su médico responsable, Dr. D.R., como en las Urgencias surgidas por los facultativos de guardia, Dr. R.P. y Dr. J.C.R.

4.- Falta de consentimientos informados (...): se adjunta fotocopia firmada del consentimiento realizado para la cirugía programada, donde pueden leerse todas las complicaciones que pueden suceder en este tipo de tumores cerebrales, y que por desgracia se presentaron en este paciente.

Las urgencias no tienen consentimiento porque son urgencias y fueron, no obstante, informadas debidamente a la familia cuando sucedieron, para explicar la necesidad de los diferentes tratamientos aplicados por los facultativos de guardia.

5.- Pérdida de oportunidad para poder utilizar el derecho a una segunda opinión (...): no se denegó la petición de una segunda opinión pues no se solicitó por parte del paciente ni de la familia (...)."

En el mismo sentido, el informe emitido por el Servicio de Neurocirugía del CHUIMI, de fecha 14 de octubre de 2013, concluye que "se realizaron todas las pruebas diagnósticas necesarias, y se decidió su intervención quirúrgica en la sesión del Servicio de Neurocirugía, de acuerdo a estándares actuales del manejo quirúrgico". Añadiendo, posteriormente, que "el consentimiento informado oficial refleja con detalle las posibles complicaciones que se pueden presentar en este tipo de cirugías, a destacar la diabetes insípida (complicación que lamentablemente desarrolló el paciente)", para concluir, sobre la supuesta pérdida de oportunidad a optar por una segunda opinión, que "en lo particular a mi persona en ningún caso se me planteó dicha posibilidad, tampoco se realizó ninguna solicitud por escrito (...)."

Además, el informe preceptivo del Servicio de Inspección y Prestaciones, tras detallar todas las incidencias y pruebas médicas habidas, señala:

"(...) la mayoría de los craneofaringiomas son quísticos o semiquísticos y una pequeña minoría son sólidos y se localizan a nivel de la región celar/supraselar (como en el caso examinado) y raramente son intraselares, exclusivamente.

Por lo arriba aludido, son tumores histopatológicamente benignos pero con un comportamiento agresivo, expansivo que tienden a invadir estructuras cerebrales adyacentes, tal que el sistema hipotálamo-hipofisario, vía y quiasma ópticos, ventrículos y parenquima cerebral, los vasos sanguíneos cerebrales o el Polígono de Willis, con propensión a recidivar.

La sintomatología es variada y acorde a la estructura cerebral que comprime; desde hipertensión intracraneal, (caso examinado) alteraciones visuales, edema papilar que representan el 80% del diagnóstico, hasta déficit hormonal con

alteraciones eréctiles o amenorrea, hipotiroidismo, insuficiencia suprarrenal, diabetes insípida, incluso cefaleas (caso examinado) y vómitos.

(...) paciente ingresa en el Servicio de Neurología (28 de julio de 2013) a través del Servicio de Urgencias del CHUIMI, (27 de julio de 2013) y según el informe del Jefe del Servicio de Neurología del CHUIMI se practicaron las pruebas habituales en este tipo de patologías, así como las interconsultas a las distintas especialidades que participan en el diagnóstico preoperatorio y se instauró tratamiento farmacológico pre y posquirúrgico. Tardándose para ello 20 días, sin que en ese periodo de tiempo se agravara el cuadro clínico del paciente, ni afectase a su vida.

El tumor cerebral fue bien sospechado para su diagnóstico a tenor de la sintomatología que presentaba el paciente, en el servicio de Urgencias del CHUIMI, el 28 de julio 2012.

Al respecto mencionar que un tumor cerebral puede presentarse en cualquier paciente con los síntomas siguientes: (...) como déficit neurológico progresivo, convulsiones parciales o generalizadas, cefalea de inicio reciente, cambios mentales, parálisis de nervio craneal, déficit visual (...) apoplejía hipofisaria (compromiso visual asociado a cefalea y vómitos), status convulsivo o pérdida visual aguda aislada (...).

La sintomatología inicial de estos pacientes suele ser muy inespecífica, por lo cual el periodo de tiempo desde el comienzo de los síntomas hasta la obtención de un diagnóstico certero es de una semana hasta un año. El cuadro clínico varía según la edad (...) alteraciones endocrinas diversas. Otros síntomas de hipofunción hipofisaria incluyen (...) diabetes insípida.

Hasta un 70% de los pacientes tienen déficit visual. El comportamiento expansivo del craneofaringioma da lugar a compresión del quiasma óptico, presentándose cuadrantanopsias o hemianopsias temporales uni o bilaterales, siendo raros otros defectos campimétricos. Por ello, resulta necesario un examen oftalmológico detallado que incluya fundamentalmente una campimetría toda vez que esta ayuda a determinar si existe o no compresión de la vía óptica y a tener un examen de base previo a la cirugía (como así se hizo en el caso analizado).

De ahí la interconsulta efectuada por el Servicio de Neurología del CHUIMI al Servicio de Oftalmología, en relación con estudio de los campos visuales, realizada el día 2 de agosto de 2012.

El diagnóstico del craneofaringioma requiere estudios de imagen, pruebas de laboratorio y estudios histopatológicos. La imagen típica del TAC en el 90 % de los casos (como en el caso analizado) muestra un tumor localizado en la región supraselar con aspecto quístico, áreas de calcificación y zonas de captación de contraste yodado. Las calcificaciones supraselares son muy sugestivas del craneofaringioma en los niños. Aparecen casi en un 90 % los casos infantiles.

La resonancia magnética es útil e imprescindible a la hora de planear la estrategia quirúrgica.

Siempre son necesarios exámenes endocrinos, ya que la mayoría de pacientes con craneofaringioma tienen un hipopituitarismo parcial que se suele traducir en alteraciones de la función suprarrenal y tiroidea respectivamente. Por lo tanto, es obligado un estudio endocrinológico prequirúrgico (como así se hizo en el caso analizado).

6.- El tratamiento del craneofaringioma incluye cirugía, radioterapia o una combinación de ambas, no obstante hoy por hoy, el tratamiento de elección es la cirugía.

El objetivo es la resección completa del tumor, pero esto no se consigue en más del 50% de los casos, debido fundamentalmente a adherencia del tumor a estructuras adyacentes, calcificación del tumor y tamaño del mismo (...)."

Concluye el citado informe señalando que:

«(...) los medios utilizados en el quirófano de Neurocirugía son los habituales en los Servicios de Neurocirugía.

El protocolo quirúrgico muestra el adecuado manejo de los diversos instrumentos en la excisión microquirúrgica del tumor. No hallamos falta de diligencia en los servicios asistenciales, ya el paciente permaneció monitorizado en la Unidad de Reanimación todo el tiempo, con órdenes médicas de cuidados, controles generales y neurológicos casi continuos y órdenes de tratamiento cambiantes a medida que el paciente lo precisaba, según los cambios clínicos que se objetivaban, en consonancia con la *lex artis ad hoc* (...).

(...) consta en la historia clínica la frecuente información dada verbalmente por los facultativos de Neurocirugía a la familia y paciente (...) documento de consentimiento informado realizado para la cirugía programada, donde se describen

las complicaciones que pueden suceder en este tipo de tumores cerebrales, y que desafortunadamente se presentaron en este paciente (...).

(...) el uso del derecho que asiste tanto a familiares como pacientes a una segunda opinión, o bien, la alternativa de otras terapias y otros centros hospitalarios, no se denegó en ningún momento, toda vez que tales extremos no fueron solicitados, ni por parte de la familia o representante legal, ni por parte del paciente.

5.- El término maligno/a de la hipertensión endocraneal (HEC) de evolución "maligna" no es equiparable al vocablo "malignidad" con el que se adjetiva al cáncer, tumor o neoplasia. En el caso analizado el tumor cerebral craneofaringioma, pese a que histo-bio-patológicamente es benigno, tiene, no obstante, un comportamiento agresivo y expansivo hacia estructuras cerebrales adyacentes, pero en esencia no es maligno.

Aclarar que la hipertensión endocraneal de evolución maligna hace referencia a la refractariedad y fracaso terapéutico de todas las medidas de primer nivel que intentan su control y subsanación, optando, por tanto, por las de segundo nivel tal que la craniectomía descompresiva.

(...)

Resulta (...) del historial clínico del paciente que el diagnóstico efectuado fue el correcto, adecuado a los síntomas y signos que el paciente presentaba.

(...) Comprobamos la correcta utilización de medios materiales y personales de los servicios asistenciales, en la Administración sanitaria, desempeñando aquellos fehacientemente con lo que por normativa estatutaria se les asigna y cumplimiento con el compromiso de la sistemática médico-quirúrgica. De los informes emitidos en el expediente se debe inferir que se respetó la buena práctica médica, en la atención y tratamientos otorgados a la paciente. No se observan en el expediente consultado datos de mala práctica ni de deficiente disposición de medios. Se proporcionaron las actuaciones médicas convenientes a cada momento y situación del procedimiento (*lex artis ad hoc*). El servicio público actuó en todo instante conforme a la mejor práctica y a tiempo, a tenor de la evidencia médica actual, no siendo factible exigir a aquél una acción que supere la mejor praxis sanitaria correcta existente, siendo esta el resultado de aplicar técnicas y prácticas clínicas vigentes en función de conocimientos científicos actualizados.

(...) Las dificultades postquirúrgicas surgidas estaban descritas en los documentos de consentimiento informado, como complicaciones o efectos

indeseables dentro de los riesgos generales y específicos del procedimiento. Aunque previsibles no se pudieron evitar y por tanto evidenciamos como se sustancia y transmuta un riesgo previsible pero hipotético, en uno real (...).».

2. Con base en los anteriores informes, la Propuesta de Resolución desestima la reclamación porque considera que no ha sido probada la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, por cuanto se utilizaron todos los medios para lograr la curación del paciente, ofreciendo información del diagnóstico, tratamiento y riesgos derivados de la intervención, no pudiendo imputarse el desenlace final a una actuación contraria a la *lex artis*, por lo que entiende que ha quedado acreditado que la intervención quirúrgica y la asistencia médica se realizaron de forma correcta.

3. Llegados a este punto, tras el análisis de los diversos informes obrantes en el expediente así como del historial clínico del paciente, queda acreditada la complejidad y gravedad de la enfermedad detectada, tanto para su correcto diagnóstico, que requiere la realización de múltiples pruebas médicas y una valoración completa y exhaustiva, como para su tratamiento posterior, debido a los riesgos que conlleva la operación, tal y como se advirtió expresamente en el documento de consentimiento informado. Por ello, podemos concluir que la actuación médico asistencial fue correcta y conforme a la *lex artis ad hoc*, y que la demora entre el diagnóstico y la craneotomía señalada se justifica por la ineludible realización de pruebas médicas preoperatorias complementarias, tal como señala la Propuesta de Resolución.

Los reclamantes, y a ellos correspondía tal obligación (por todas, SSTs 9 de diciembre de 2008, 18 de octubre de 2005 y 7 de septiembre de 2005), no han acreditado ni desplegado prueba alguna que acredite una mala praxis en el diagnóstico de la enfermedad detectada (craneofaringioma), en la que se emplearon todos los medios y conocimientos disponibles, ni tampoco durante la intervención quirúrgica (en la que se le realizó una craneotomía bifrontal y resección tumoral completa) ni en el posterior tratamiento recibido hasta su fallecimiento, pues el paciente permaneció monitorizado en la Unidad de Reanimación, cumpliéndose las órdenes médicas de cuidados, controles generales y neurológicos de acuerdo con la patología del paciente.

En un asunto similar, al analizar la carga de la prueba, el Consejo de Estado en su Dictamen de 3 junio 2004 indicó:

“(...) En cuanto al fondo del asunto, considera el reclamante que su mujer, falleció a consecuencia de la «negligencia omisiva» de los facultativos del Hospital, de Madrid. Pero lo cierto es que, ni en su escrito de reclamación ni en un momento posterior del expediente, aporta dato o circunstancia alguna que pudiera sugerir ese comportamiento descuidado de los médicos. Antes al contrario, resulta claro -a la vista de la historia clínica y del resto de los informes médicos evacuados a lo largo de la tramitación del expediente- que la paciente sufría un carcinoma de mama bilateral, diagnosticado en el año 1991, del que venía siendo atendida periódicamente por los servicios del mencionado centro hospitalario. Además, las intervenciones quirúrgicas y los tratamientos que le fueron realizados han sido considerados correctos y adecuados, como corrobora la Inspección Médica y el perito que ha informado la presente reclamación, sin que el reclamante se haya preocupado de aportar un informe pericial que permitiera sustentar su pretensión indemnizatoria.

En realidad, la causa primera y decisiva del fallecimiento de la Sra. (...) ha sido la enfermedad que padecía, la cual, aunque pudo ser controlada durante diez años, resurgió con virulencia a finales del año 2001, sin que esta recidiva pueda anudarse a una deficiente asistencia sanitaria, pues los facultativos pusieron a disposición de la paciente todos los medios que estaban a su alcance, adoptando en cada momento las decisiones clínicas más convenientes. La gravedad de la dolencia sufrida es la razón última de la muerte de la paciente, que no puede ser de ningún modo imputada al funcionamiento del servicio público sanitario, por lo que, en definitiva, procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada (...).

En cuanto a la falta de información que los reclamantes manifiestan, se ha constatado que fue firmado por la esposa del paciente el documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica practicada, con lo que se da cumplimiento a lo establecido en los arts. 8 a 10 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Así, la complicación surgida como consecuencia de la intervención quirúrgica -diabetes insípida- estaba prevista y asumida por el paciente en el documento de consentimiento informado como uno de los riesgos inherentes a la operación practicada, por lo que el paciente, en cuanto asumió los beneficios que pudieran derivarse de la intervención quirúrgica, asumió también las consecuencias dañosas de la probable realización del riesgo que comportaba.

El documento de consentimiento informado del paciente hace recaer sobre él la carga de soportar los daños que puedan producirse, bien porque el tratamiento es infructuoso, bien porque, aun alcanzando el resultado perseguido, se producen efectos secundarios. Por esta razón, no tienen el carácter de lesión antijurídica y por ende no son indemnizables tal como señala el art. 141.1 LRJAP-PAC (esta doctrina ha sido aplicada por el Consejo Consultivo de Canarias, entre otros, en el Dictamen 101/2015, de 24 de marzo).

Finalmente, en relación a la pérdida de oportunidad derivada de la privación de la segunda opinión médica referida por los interesados en su escrito de reclamación, lo cierto es que dicho derecho en caso alguno les fue denegado, si bien hay que destacar que esa segunda opinión, sobre el diagnóstico realizado correctamente conforme resulta de la documentación obrante en el expediente, tampoco fue solicitada por los interesados en el procedimiento.

4. En definitiva, podemos concluir que no hubo retraso injustificado, pues el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la realización de la craneotomía fue el que, conforme a la *lex artis ad hoc*, era necesario para la realización de las pruebas preoperatorias complementarias precisas para poder realizar la intervención correctamente, esto es, sin asumir riesgos adicionales a los ya previstos; no hubo mala praxis en la intervención quirúrgica, que se realizó conforme a las técnicas y protocolos pautados poniendo a disposición los medios adecuados; tampoco hubo incumplimiento del deber de información al paciente o a sus familiares, pues los facultativos que asistieron al paciente les informaron debidamente verbalmente y, por escrito, al prestarse el consentimiento a la operación realizada; quedando acreditado que la Administración sanitaria puso a disposición del paciente todos los medios necesarios de los que la ciencia médica dispone actualmente en relación con su diagnóstico y posterior tratamiento.

C O N C L U S I Ó N

Por las razones expuestas en el Fundamento III del presente dictamen, la Propuesta de Resolución que desestima la reclamación presentada por M.O.A., R.G.O., y A.G.O., se considera conforme a Derecho.